



Esta obra está bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-T
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**RELACIÓN ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIEN NACIDO DE PARTO DOMICILIARIO
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS.
NOVIEMBRE 2012 – OCTUBRE 2013**

***Para Optar El Título Profesional De
OBSTETRA***

AUTORES:

Bach. en obst. YANIRA TORRES DAVILA

Bach. en obst. JANE RUSSEL GARCIA DELGADO

ASESOR:

Obsta. Mg. ANGEL DELGADO RÍOS

TARAPOTO – PERÚ

2014

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANMARTÍN-T
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**RELACIÓN ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIEN NACIDO DE PARTO
DOMICILIARIO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA GEMA DE
YURIMAGUAS. NOVIEMBRE 2012 - OCTUBRE 2013**

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres
Presidente

Obsta. Mg. José Manuel Delgado Bardales
Miembro

Obsta. Edward Villacorta Panduro
Miembro

**TARAPOTO - PERÚ
2014**

DEDICATORIA

A Dios Por haberme permitido
Cumplir con una de mis metas,
Dándome salud, fortaleza y sabiduría
Y por su infinito amor.

A mis padres José y Naty, porque
creyeron en mí y me dieron ejemplos
Dignos de superación y entrega;
gracias a ustedes, hoy puedo ver
alcanzada mi meta.

JANE

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por haberme
Permitido llegar hasta este punto
Y haberme dado salud, ser el
Manantial de vida y darme lo necesario
Para seguir adelante día a día
Para lograr mis objetivos,
Además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me
sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de
superación y entrega, porque en gran parte gracias a
ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que
siempre estuvieron impulsándome en los momentos
más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que
sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

YANIRA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Martín-T y en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud que nos dieron la oportunidad de formar parte de ellos y a todas las personas que labora en dicha Institución.

A mis maestros: Por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Gracias por haber fomentado en mí, el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Agradecemos de forma especial: al obstetra Mg. Ángel Delgado Ríos, por haber guiado el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

A nuestros padres que en todo momento de nuestra vida estuvieron con nosotras y que nos ayudaron en nuestra formación y todos nuestros miembros de nuestra familia

A nuestros amigos. Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino.

¡Gracias!

Las Autoras

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Marco conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	3
1.3. Bases Teóricas.....	6
1.4. Justificación.....	26
1.5. Problema.....	29
II. OBJETIVOS	
2.1. General.....	30
2.2. Específicos.....	30
III. FORMULACION DE LA HIPOTESIS	
3.1 Hipótesis.....	31
3.2 Identificación de variables.....	31
3.3 Operacionalización de variables.....	32
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	
4.1 Tipo de estudio	36
4.2 Diseño de investigación	36
4.3 Población y muestra de estudio	37
4.4 Procedimiento.....	39
4.5 Plan De Recojo De Información.....	40
4.6 Plan De Análisis De Información.....	41

V. RESULTADOS	42
VI. DISCUSION.....	52
VII. CONCLUSIONES.....	62
VIII. RECOMENDACIONES.....	64
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	65
X. ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

N° de tabla	Título	N° de Pág.
01	Características Sociodemográficas De Pacientes Con Complicaciones De Parto Domiciliario, Hospital Santa Gema De Yurimaguas. Noviembre 2012 – Octubre 2013.....	42
02	Con Complicaciones Maternas Y Del Recién Nacido, Según Complicaciones En El Expulsivo Y Alumbramiento, Hospital Santa Gema De Yurimaguas. Noviembre 2012 – Octubre 2013.....	45
03	Prueba De Hipótesis Para Determinar La Relación Entre Características Sociodemográficas Y Complicaciones Maternas Y Del Recién Nacido. Hospital Santa Gema De Yurimaguas. Noviembre 2012 – Octubre 2013.....	47

RESUMEN

La presente investigación: Relación entre características sociodemográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Noviembre 2012 – octubre 2013; investigación cuantitativa, descriptiva correlacional y transversal, con recolección retrospectiva de datos y diseño correlacional.

La muestra estuvo representada por 33 puérperas que fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia, por complicaciones en la atención de parto domiciliario. Se utilizó como instrumento una ficha elaborada por las autoras para recolectar datos de las historias clínicas de las pacientes atendidas por complicaciones de parto domiciliario; para la variable características sociodemográficas se utilizó las dimensiones sustentadas en la propuesta de Tula Ruth Muñoz; para la variable complicaciones maternas y del recién nacido las dimensiones fueron: complicaciones en el expulsivo, en el alumbramiento, traumatismos craneoencefálicos, de nervios e infecciones. Los datos obtenidos fueron sistematizados mediante el chi cuadrado: 36,4% se ubicó en edades de 20 a 30 y 31 a más años; 66,7% convivientes; 51,5% de procedencia urbana. 48,5% con grado de instrucción secundaria entre completa e incompleta, 75,8% fueron amas de casa; el 45,5% multípara, y 39,4% con tres hijos vivos, para el 84,8% el ingreso familiar fue igual o menor a S/. 750.00 y el 57,6% tuvo un embarazo deseado. Las principales complicaciones en el expulsivo fueron: desgarro vaginal y desgarro cervical en 21,2 % y en el alumbramiento fueron 30,3% retención placentaria, 36,4% otras complicaciones. Las complicaciones craneoencefálicas del recién nacido: 66,7% caputsuccedaneum y 18,2% lesión de plexo braquial. Los resultados indicaron que existe relación significativa entre edad materna y desgarros maternos en el expulsivo y traumatismos craneoencefálicos en el recién nacido y entre paridad al obtener chi cuadrado experimental mayor que chi cuadrado Tabular.

PALABRAS CLAVES: Parto domiciliario, complicaciones maternas y del recién nacido.

ABSTRACT

The present investigation: relationship between sociodemographic characteristics and maternal complications and the newborn home childbirth in patients treated at the Hospital Santa Gema of Yurimaguas. November 2012 - October 2013; quantitative research, and cross-sectional descriptive correlational, with retrospective data collection and correlational design.

The sample is represented by 33 childbirth who were hospitalized in the service of Obstetrics and Gynecology, complications in the attention of home childbirth. It was the filling of tabs for the data collection and as an instrument, the medical histories of the patients served by the complications of home childbirth; we used the variable sociodemographic characteristics; for the second variable maternal complications and the newborn. The data obtained were processed using the chi-square: 36.4 % are ranked equally, 20 to 30 and 31 more years; 84.9 % unmarried; 51.5 % of urban origin. 48.5 % degree of secondary education, 75.8 % housewife, 21.2 % self-employment; the 45.5 % multiparous emirati woman delivering, the 39.4 % three living children, 84.8 % have socio-economic level equal to or less than 750.00 s/, 57.6 % desired pregnancy. Tearing in the expulsive were: vaginal tear and cervical tearing in 21.2 %. Complications in childbirth were 30.3 % placental retention, 36.4 % other complications. Complications craneoencephalic newborn: 66.7 % caputsuccedaneum, 18.2 % of brachial plexus injury. In the results indicated that there is significant relationship between maternal age and maternal tears in the expulsion and brain trauma in the newborn and between parity to obtain greater Experimental chi square that tabular chi square. In other cases no relationship was found between variables, that is to say, it was confirmed the null hypothesis.

KEY WORDS: home childbirth, maternal complications and the newborn.

RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
Y COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIÉN NACIDO DE
PARTO DOMICILIARIO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS. NOVIEMBRE
2012 – OCTUBRE 2013.

I. INTRODUCCION:

1.1. MARCO CONCEPTUAL:

El Perú tiene una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina. En el 2010 murieron 452 madres, en su mayoría son madres adolescentes. Cajamarca es la región con mayor índice de muerte materna (16).

La falta de un profesional al momento del parto es una de las principales causas de muerte entre las madres, pues no cuenta con un especialista en salud que pueda evitar las posibles complicaciones cuando se produce el nacimiento del niño. A ello se suma la precaria infraestructura hospitalaria, medicamentos y de servicios adecuados.

El lugar más frecuente para dar a luz es el Hospital, actualmente con un nivel de recursos muy elevado y con personal capacitado. Sin embargo, los grandes hospitales pueden mostrar un trato impersonal y algo deshumanizado, por esta razón hay mujeres que prefieren dar su parto extra hospitalario, por la confianza, seguridad y satisfacción que tienen

al estar en su domicilio con las personas más cercanas aunque signifique tener riesgo. (15)

Estamos convencidos de que el parto, para que sea seguro, debe ser institucionalizado porque se trata de un evento impredecible, en el que pueden ocurrir emergencias como hemorragias, la necesidad de una cesárea de urgencia u otros contratiempos que requieren de todos los recursos de una maternidad. (16)

En nuestro país para la atención de la gestación coexiste la atención profesional y empírica. Para el parto coexisten la atención domiciliaria y la institucional. Esta realidad se ve reflejada en la encuesta Nacional de Demografía en Salud 2011, que muestran diferencias importantes con relación a la encuesta Nacional de Demografía en Salud del 2000, confirma que 13.9 % de nacimientos ocurren en domicilio frente a un 85.1% en una institución. En cuanto al agente responsable de la atención, el 82.2 % de los partos fueron atendidos por un profesional de la salud (52.3% por médicos, 30.2 % por obstetras) 7,1% de los partos fueron atendidos por parteras. Estos datos siguen reflejando por grandes diferencias existentes en el comportamiento de las mujeres con relación a la atención de la gestación y parto. (8)

En el Hospital santa Gema de Yurimaguas la notificación por atención de parto domiciliario con complicaciones maternas y del recién nacido

es alto, cuando fueron atendidos sus partos solamente por parteras lo que indica un problema de salud pública por la aún ocurrencias de parto en domicilio. (Referencia del responsable). Entre otras son nuestras dudas que motivan a ejecutar el presente trabajo de investigación; y que se sintetizan en las siguientes preguntas ¿Qué está ocurriendo? ¿Por qué las cifras altas de partos domiciliarios? ¿Cuáles son los factores, percepciones determinantes del parto domiciliario? ¿Existe aseo de los materiales usados y técnica de atención de parto? ¿Tiene o no la gestante el respaldo de la familia para su atención de parto institucional.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:

VILLEGAS C. (2011) Factores Condicionantes del Parto Domiciliario. La mortalidad materna ocurrida en casa se ha relacionado principalmente con complicaciones del parto, hemorragias y sepsis. En América Latina y el Caribe, 3 '240.000 gestantes no tienen control del embarazo y 3'440.000 no reciben atención institucional para el parto (1). De acuerdo a la OPS: "existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa, sin recibir atención alguna en una institución de salud". Sólo el 53 % de todos los partos en el mundo está tendido por profesionales de salud o

personal de salud calificado. El 75 %de los partos en América Latina y El Caribe son atendidos por personal calificado. (1)

ENDEMAIN (2004). Factores que influyen en la búsqueda de la atención del parto. El objetivo es indagar sobre los factores que influyen en las decisiones de las parturientas y sus familias sobre dónde dar a luz y dónde recurrir en caso de una complicación percibida. Se trata de un módulo nuevo que fue aplicado a mujeres que dieron a luz su último(a) hijo(a) a partir de enero del 2002. Cuyos resultados a nivel nacional alcanza el 20.5 por ciento, lo cual revela notables limitaciones para una atención profesional adecuada. En el área rural, el parto domiciliario asciende al 38.2 por ciento y aún más en el área rural de la Sierra (44.8%). Son así mismo deficitarias las provincias de Bolívar (53.9%) y Chimborazo (47.3%), la población indígena (65.1%), las mujeres sin instrucción (58.4%) y las madres con 6 hijos (48.5%). (2)

Barreda G. (2005) realizó un trabajo de grado de casos y controles en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima sobre factores de riesgo personales e institucionales asociados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto, tenía como objetivo primordial Identificar los factores de riesgo personales e institucionales asociados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto el cual tuvo como conclusión que la continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención de parto, el poco entendimiento en el diálogo establecido entre proveedor-usuaria durante la atención de

salud y el domicilio como lugar previsto de parto son los factores que están altamente asociados con el parto domiciliario.(3)

Herrera E; Sánchez L.(1994) descriptivo correlacional retrospectivo transversal de la Universidad Nacional de San Martín de Tarapoto sobre Parto domiciliario: Incidencia , factores predisponentes y complicación materno neonatal, que tenía como objetivo principal encontrar los factores predisponentes al parto domiciliario y la complicación materno perinatal encontraron que los factores que condicionan al parto domiciliarios es la idiosincrasia conservada del lugar y los bajos ingresos económicos; las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia postparto, desgarro perineal y la complicaciones neonatales, la conjuntivitis y la asfixia; el control prenatal es fundamental para la prevención de las complicaciones del parto domiciliario: a las parteras les falta capacitarles y entrenamiento para desempeñarse mejor en la atención a la madre y al niño.(4)

Los trabajos demuestran que los factores determinantes al parto domiciliario es la idiosincrasia conservada en el lugar, el miedo y desconfianza hacia los médicos y los hospitales; las deficiencias en los servicios de atención del parto y la falta de afiliación de las gestantes a seguro; porque es analfabeta; elevado número de hijos que tiene; por la tradición que tiene de ser atendida por la partera; por no recibir información adecuada acerca del parto, los bajos ingresos

económicos. Las estrategias para enfrentarlas es con el control prenatal para la prevención de las complicaciones del parto domiciliario; capacitaciones a las parteras y entrenamiento para desempeñarse mejor en la atención a la madre y al niño al momento del parto. (5)

1.3. BASE TEORICA:

En cuanto a las características sociodemográficas, presentamos la definición teórica y las dimensiones sustentadas en la propuesta de Ruth, Muñoz. (20) quien considera lo siguiente:

1.3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS:

Cualidades que determinan los rasgos sociales y demográficos de una persona. Dentro de ellas menciona las siguientes: (20)

EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual, medida en años o edad cronológica de la madre al momento de puerperio. Se considerara: adolescentes: 11 a 19 años, jóvenes: 20 a 30 años, adultas: 31 años en adelante.

ESTADO CIVIL: Es la condición de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o tipo de unión con la pareja, que establece ciertos derechos y deberes. Se considerará: soltera conviviente, casada, divorciada y viuda.

OCUPACIÓN: Actividad o trabajo habitual, remunerado o no. Se considerará: ama de casa, empleado estable, empleado inestable, trabajo independiente, desempleado y otro.

PARIDAD: Número de partos totales. Se considerará: primíparas = un solo parto, segundíparas = dos partos, multíparas = tres o más partos.

NÚMERO DE HIJOS VIVOS: Cantidad de niños que viven. Se considerará: primer hijo, segundo hijo, tercero hijo a más.

NIVEL EDUCACIONAL: Máximo grado de instrucción alcanzado. Se considerará: analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, Técnica completa, técnica incompleta, universitario incompleto, universitario completo.

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Según ingresos mensuales totales en la vivienda, comparado con la canasta básica total del año 2012. Se considerara bajo si es igual o menor que 750 nuevos soles mensuales.

EMBARAZO DESEADO: Definido como aquel estado de gravidez que ha sido buscado y/o previamente planificado por la pareja. Se considerará: embarazo deseado, embarazo no deseado. (20)

1.3.2 PARTO DOMICILIARIO:

Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta, fuera de un servicio hospitalario

con o sin ayuda profesional y con asistencia de un profesional de salud, parteras o comadronas en un ambiente no clínico. (12)

Ventajas del parto domiciliario

- Ambiente Habitual y relajado
- Hallarse en el seno de la familia
- Lazo entre madre y recién nacido

Desventajas del parto en casa

- ✓ Contraer infecciones tanto la madre y el RN.
- ✓ No se encuentran valorados profesionalmente por el personal de salud.
- ✓ La madre puede sufrir riesgos de hemorragia u otros. (12)

CARACTERISTICAS DEL PARTO DOMICILIARIO:

QUE EL PARTO SEA NATURAL: Nadie induce el parto, ya que se deja evolucionar a la paciente hasta que llega el momento de dar a luz. Controlado o natural, se actúa de diferente manera, bien dejando que la madre lleve las riendas y el bebé nazca sin intervención médica. (12)

PARTICIPACION DE LA COMADRONA:

En general, la comadrona o partera es una mujer madura que tiene hijos vivos y forma parte de la comunidad en la que presta sus servicios.

Aunque a menudo es analfabeta, habla el idioma local y no sólo comprende el sistema cultural y religioso sino que forma parte integrante del mismo. Suele ser una mujer ponderada e inteligente, elegida por las mujeres de su familia o comunidad a causa de su sentido práctico y experiencia. (9)

Desde que la comadrona recibía el aviso de asistir a un parto hasta el nacimiento del niño, todo era un suceder de preparativos. La comadrona se trasladaba al domicilio de la parturienta y en la alcoba de ésta sucedía el acontecimiento. La comadrona calentaba el agua y cogía los paños humedecidos que iba a utilizar para el alumbramiento. Aplicaba los ungüentos que había preparado anteriormente que según sus conocimientos iban a surtir efecto. Una vez que el niño estaba fuera del cuerpo de la madre, la comadrona debía limpiar al niño y desempeñar todos los quehaceres.(9)

INDUMENTARIA:

Las comadronas o parteras son vestidas con una indumentaria normal, solamente en el momento del parto se tapaban con un mandil largo que les cubría la mayor parte del vestido (15)

Los instrumentos que utilizaban las comadronas en el desempeño de sus tareas cotidianas son su propia tijera y un ovillo de hilo; paños y toallas, estaban en casa de la parturienta (15)

Las comadronas al poseer conocimientos sobre hierbas los empleaban para aliviar el dolor en el parto, utilizando preparados medicinales a base de hierbas como el culantro, la albahaca o el apio. Los partos eran cosa de mujeres y sólo excepcionalmente el médico atendía a la parturienta, cuando la cosa se ponía complicada (11)

POSICIÓN QUE ELIGE LA MADRE PARA EL EXPULSIVO: Ya que en el primer caso la madre está echada con las piernas abiertas, y en el segundo, la postura ideal y menos dolorosa es de pie, aunque la madre puede elegir las siguientes posiciones:

- ✓ **Posición supina, litotomía, posición ginecológica:** La posición de litotomía, se denomina comúnmente posición ginecológica o posición supina. La mujer embarazada se coloca en una cama o camilla, tumbada sobre su espalda, en una postura horizontal. Sus piernas se colocan en flexión y abiertas en abducción, apoyadas sobre las pierneras de la cama o camilla. No fue una posición de las más utilizadas en la antigüedad, sin embargo, se ha introducido a nuestros días. La mayoría de mujeres dan a luz en esta posición. (12)
- ✓ **Decúbito Lateral Izquierdo, posición “a la inglesa”, posición de Sims:** La posición de decúbito lateral (DL), también denominada posición de Sims o posición “a la inglesa”, se adopta colocando a la madre sobre un lado, de manera que solo contacte con la camilla o la

cama, un solo hemi cuerpo. Se va a hacer una distinción entre DL derecho y el DL izquierdo, ya que la evidencia muestra efectos diferentes. Por tanto, en el decúbito lateral izquierdo (DLI), la parturienta se colocará apoyando su lado izquierdo, y la pierna que queda superior (pierna derecha) reposará, en posición de abducción, sobre una piñnera. (12)

- ✓ **Decúbito lateral derecho:** Se ha encontrado en la evidencia una distinción entre el DL derecho e izquierdo. Algunos autores que se van a nombrar a continuación, manifiestan que los beneficios y desventajas entre una posición y otra son distintos. Por ello, se va a mostrar seguidamente, los motivos de esta diferenciación. La postura de decúbito lateral derecho (DLD) en sí, es la misma, aunque el apoyo se realiza en el lado contrario que en la anterior.
- ✓ **Vertical:** Existen distintas posiciones en las que el cuerpo de la madre se encuentra en la posición a favor de la gravedad, es decir, vertical, y se engloban en el conjunto de “posiciones verticales” para enumerar los beneficios comunes. (12)
- ✓ **Rodillas, “hands and knees”:** La posición de rodillas, incluida en el grupo de posiciones verticales, la parturienta se coloca en el suelo o bien sobre una superficie acolchada (cama, cojines, camilla, etc.) y se coloca sólo con el apoyo de sus rodillas. Existen variables dentro de la misma posición, ya que el tronco o los brazos, pueden colocarse donde la gestante prefiera. Se puede inclinar hacia delante y apoyarse sobre

alguna superficie que le aporte comodidad, que le confieran seguridad y ayuda en el mantenimiento de la postura y en el parto.

- ✓ **De pie:** En esta posición la madre se coloca de pie con las piernas ligeramente separadas y en flexión de rodillas. La madre puede realizar las variaciones que necesite para su comodidad; rotaciones de MI, inclinaciones del tronco hacia delante o hacia atrás, etc.
- ✓ **Cuclillas:** En esta posición la mujer se agacha hacia el suelo manteniendo la columna vertical y solo apoya los pies en el suelo, no hay ningún apoyo en la pelvis. Las piernas están flexionadas y en abducción. La mujer parturienta puede mantener por sí misma la posición, o bien puede haber una persona que la sujete para ayudar en el parto, ya que resulta una posición muy difícil de mantener, por el equilibrio o bien por la flexión máxima de rodillas (que interfiere en la circulación sanguínea) Si la madre se nota cansada, sería beneficioso cambiar a otra posición, o adoptar variaciones como, por ejemplo, que la madre se apoye delante, o detrás, elevar talones, etc. (12)
- ✓ **Sentada: en sillas de parto, “birthingchairs”:** En esta posición la madre está sentada en una silla de partos, colocada sentada sobre la superficie de la silla, con las piernas abiertas. El apoyo es únicamente en los muslos, aunque se puede apoyar sobre alguna superficie colocada detrás, a modo de respaldo, o bien, reclinada sobre una persona que haga de ayudante en el parto.

- ✓ **Cuadrupedia “hands and knees”, “all-fours”:** La mujer que adopta esta posición en su parto, se encuentra sobre una cama o camilla apoyando rodillas, a lo ancho de las caderas y separadas ligeramente. Los codos pueden estar extendidos o se pueden apoyar. (12)

NO UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DURANTE EL PARTO, ya sea para provocar contracciones o para aliviar los dolores, aunque esto último no es del todo exacto si tomamos el agua como un medicamento. La utilización de una piscina de agua caliente es corriente en este tipo de partos, pues hasta en la última fase de la dilatación como un analgésico.

La mujer se sumerge dentro del agua, y el ritmo y la intensidad de las contracciones disminuye pero por el contrario dilata más rápido. (12)

1.3.3 COMPLICACIONES MATERNAS:

En la gran mayoría de casos, los partos transcurren de forma completamente normal, pero hay casos en los que la asistencia médica se vuelve imprescindible para preservar la salud, o la vida, tanto de la madre como del bebé. Tenemos las siguientes complicaciones maternas de parto domiciliario: (9)

COMPLICACIONES DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO:

Son distocias que tienen su origen en la vía del parto alterando el mecanismo normal o imposibilitando el curso del mismo.

Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé. (14)

También puede deberse a una desproporción feto pélvico debido a macrosomía fetal o a estrechez del canal pélvico. El sufrimiento fetal es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto. El término de sufrimiento fetal está últimamente cayendo en desuso en la bibliografía clínica, y se están usando los de sospecha de pérdida de bienestar fetal o pérdida definitiva de bienestar fetal. Los signos a los que hacíamos antes referencia son básicamente la alteración del patrón normal del ritmo cardíaco fetal. (8)

Tanto la no progresión del parto como el sufrimiento fetal se tratan acortando el periodo de dilatación. La fiebre puerperal ha sido en el pasado una causa importante de muerte materna, debido a la deficiente asepsia durante el parto, así como a la mayor susceptibilidad a las infecciones por la madre si tiene anemia o desnutrición. Para que el parto transcurra en la forma más fisiológica, es posible que tanto la parturienta como su pareja deban de estar suficientemente preparados para la "prueba" a la que se enfrentan. Son las siguientes complicaciones: (13)

Desgarros vulvares:

Fácilmente identificables, no suelen causar problemas. Son frecuentes,

sangrantes y dolorosos en la vecindad del clítoris. Se suturan con puntos sueltos mediante una sutura fina reabsorbible. Si no sangran cicatrizan solos con facilidad. (13)

Desgarros perineales:

Casi todos los desgarros perineales acompañan algún desgarro vaginal. Existen varios grados de profundidad, clasificados según afecten solo la piel y tejido subcutáneo (Iº), la musculatura perineal (IIº), el esfínter anal (IIIº) o incluso la mucosa rectal (IVº).

Deben identificarse cada una de las estructuras (capas musculares, tejido

Subcutáneo, piel) y repararse individualmente ya que la simple sutura del desgarro cutáneo no es adecuada, siendo especialmente importante recuperar la integridad del esfínter anal cuando está afectado. (13)

Desgarros vaginales:

Pueden acontecer en cualquier localización de la vagina, sin asociarse a desgarros perineales. Los del tercio distal pueden extenderse en profundidad y ocasionar profusas hemorragias. Su reparación implica la localización del ángulo superior del desgarro y la sutura hemostática por encima del mismo. Después puede suturarse mediante puntos sueltos o sutura continua. En caso de estallidos vaginales tras dar los puntos hemostáticos, es preferible la colocación de un tapón de gasa vaginal apretado (y una sonda de Foley), si el intento de dar puntos de sutura se ve dificultado por la friabilidad del tejido. (12)

Desgarros cervicales:

Desgarros cervicales de hasta 2 cm se consideran como inevitables en el curso de un parto normal, estos desgarros curan rápidamente y raramente son el origen de algún problema. Suelen localizarse a las 3 y 9 horarias del cuello uterino. Si el desgarro supera aquella medida, suele afectar a estructuras vasculares que determinan la aparición de hemorragias inmediatas a su producción. Raramente los desgarros cervicales se extienden hasta involucrar el segmento uterino inferior y la arteria uterina (colpoaporrexia). Casi siempre se asocian a maniobras traumáticas e inadecuadas sobre el cérvix, tales como la dilatación manual forzada del mismo, la utilización de medios extractores sin alcanzar la dilatación completa, rotaciones complicadas con fórceps, etc., pero ocasionalmente se producen de forma inesperada. (16)

El diagnóstico se establece al explorar el canal genital ante la presencia de una hemorragia durante y después del IIIº periodo del parto. Hay que realizar una revisión completa del canal, para objetivar otras lesiones asociadas. La mejor técnica es la utilización de detractores vaginales y el pinzamiento de los labios del cérvix con pinzas de anillo. Tras la exposición del desgarro debe repararse con una sutura hemostática reabsorbible, que se inicie por encima del ángulo del desgarro y luego puntos sueltos o en "8". (16)

COMPLICACIONES EN EL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO:

Madre y recién nacido con su cordón umbilical aún unido, comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de signo de Ahlfeld. El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, y por lo general son cerca del 95% de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se desgarra inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria. Son las siguientes: (17)

RETENCIÓN PLACENTARIA:

Se considera retención placentaria cuando a los 30 minutos de haberse producido el nacimiento del bebé la placenta no se desprende.

En los casos cuando se realiza Manejo Activo del Alumbramiento se considera retención placentaria si la placenta se encuentra adherida por más de 15 minutos luego del nacimiento del bebé. (16)

HEMORRAGIA POST PARTO:

Es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio. La hemorragia posparto puede ser dividida en 2 tipos: la hemorragia posparto temprana, que ocurre dentro de las primeras 24 horas del parto, y la hemorragia posparto tardía, que ocurre 24 horas a 6 semanas después del parto. La mayoría de los casos de hemorragia posparto, superior al 99%, son tempranas. La mayoría de las mujeres con aparición súbita de hemorragia todavía están bajo el cuidado de su proveedor de salud después del parto. (16)

Las principales causas de hemorragia posparto se definen nemotécnicamente por cuatro: Tono por razón de la atonía uterina, Traumatismo físico, Tejido placentario retenido y Trombosis o coagulopatías:

- ✓ Traumatismos: los traumatismos durante el parto pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que conlleva a sangrado importante.
- ✓ Retención de tejido: es cuando porciones de la placenta o del feto permanecen adheridos al útero, lo que puede causar hemorragias.
- ✓ Coagulopatías: ocurren cuando hay un fallo en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes. (16)

ATONIA UTERINA:

Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas postparto puede causar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina. (16)

1.3.4 COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO:

Aunque las fuerzas desarrolladas durante la dilatación y el expulsivo pueden provocar lesiones físicas al RN (lo que resulta evidente, observando el moldeamiento de la cabeza que se produce en los partos de vértice), ni siquiera los moldeamientos intensos suelen causar problemas ni requieren tratamiento; al mismo tiempo, la incidencia de lesiones neonatales debidas a partos difíciles o traumáticos es cada vez menor. (15)

Por otra parte se incrementan los traumatismos del nacimiento derivados de la macrosomía (niño grande) como cefalohematoma, parálisis del nervio facial, fractura de la clavícula, parálisis del plexo braquial. (15)

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Los traumatismos leves pueden provocar un caput succedaneum (edema en la porción presentada del cuero cabelludo), debido a la presión de esta zona contra el cuello uterino; los traumatismos de mayor intensidad pueden producir una hemorragia subaponeurótica, caracterizada por una consistencia pastosa en todo el cuero cabelludo, incluidas las zonas temporales. (15)

El cefalohematoma o hemorragia bajo el periostio, puede diferenciarse de las hemorragias más superficiales porque está muy bien delimitado en la zona que cubre un único hueso, ya que el periostio se adhiere a nivel de las suturas. Los cefalohematomas suelen ser unilaterales y parietales. Las fracturas de cráneo con hundimiento son poco frecuentes. Las fracturas de cráneo con hundimiento y otros traumatismos cefálicos pueden asociarse a hemorragias subdurales, hemorragias sub aracnoideas o contusión o laceración del propio encéfalo. Las fracturas pueden apreciarse como depresiones y deben diferenciarse de las depresiones secundarias a la elevación del borde perióstico que acompañan a los céfalos hematomas. (17)

TRAUMATISMOS DE LOS PARES CRANEALES

El nervio que sufre mayor número de lesiones es el facial. Aunque a menudo se atribuyen a la presión del fórceps, es probable que la mayor

parte de estos traumatismos se deban a la presión ejercida sobre el nervio dentro del útero, a causa de la posición del feto (p. ej., porque la cabeza se apoye contra el hombro) o a la presión del nervio contra el promontorio sacro o contra un mioma uterino. (17)

La lesión del nervio facial suele localizarse a su salida por el agujero estilo mastoideo o distal a este punto y provoca asimetría facial, sobre todo durante el llanto. Puede resultar difícil identificar el lado de la cara afectado, pero los músculos faciales del lado en que el nervio está lesionado no pueden moverse. La lesión puede afectar también a las distintas ramas del nervio, con mayor frecuencia a la mandibular. Otra causa de asimetría facial es la asimetría mandibular secundaria a la presión intrauterina. Sin embargo, en estos casos la inervación de los músculos está intacta y los dos lados de la cara pueden moverse. La comparación de las superficies oclusales maxilares y mandibulares, que deben ser paralelas, permite diferenciar las parálisis faciales verdaderas de las falsas. (17)

LESIONES DEL PLEXO BRAQUIAL

Las lesiones del plexo braquial son consecuencia del estiramiento causado por la distocia de hombros, extracción de nalgas o hiperabducción del cuello en las presentaciones cefálicas. La lesión puede deberse a un simple estiramiento, a una hemorragia en el interior del nervio, al desgarro del nervio o de la raíz o al arrancamiento de las

raíces con lesión concomitante de la médula cervical. Pueden observarse lesiones traumáticas asociadas (fracturas de la clavícula o del húmero o sub-luxaciones del hombro o de la columna cervical).

La parálisis de Erb es una lesión del plexo braquial superior que provoca aducción y rotación interna del hombro con pronación del antebrazo; es frecuente la parálisis homolateral del diafragma. El tratamiento consiste en la protección del hombro para evitar los movimientos excesivos, inmovilizando el brazo a través de la zona superior del abdomen y evitando las contracturas mediante ejercicios pasivos en el arco de movimientos de las articulaciones afectadas, realizados suavemente todos los días a partir de la primera semana de vida. (18)

La parálisis de Klumpke es una lesión del plexo braquial inferior que provoca parálisis de la mano y la muñeca, a menudo asociada a un síndrome de Horner homolateral (miosis, ptosis, anhidrosis facial). El único tratamiento indicado consiste en la práctica de movimientos pasivos. (18)

LESIONES DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS

Las lesiones de otros nervios periféricos (radial, ciático, obturador) son raras en el RN y no suelen estar relacionadas con el parto. En general, son secundarias a traumatismos locales (p. ej., inyección en el nervio

ciático o en su vecindad, necrosis grasa sobre el nervio radial). El tratamiento consiste en la colocación en reposo de los músculos antagonistas de los paralizados hasta que éstos se recuperen. Rara vez está indicada la exploración neuro quirúrgica del nervio. La mayoría de las lesiones de los nervios periféricos se recuperan por completo. (18)

TRAUMATISMOS DE LA MÉDULA ESPINAL

Los traumatismos de la médula espinal son raros y pueden causar roturas variables de la médula, a menudo con hemorragia; la sección medular completa es muy rara. Los traumatismos suelen producirse en los partos de nalgas tras una tracción longitudinal excesiva de la columna o tras una hiperextensión del cuello fetal dentro del útero (el feto volador). La lesión suele afectar a la región cervical inferior (C5-7). Cuando son más altas, las lesiones suelen ser mortales, porque comprometen la respiración. (18)

MENINGITIS:

La meningitis es una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Puede estar provocada por virus, hongos y bacterias, incluyendo *Listeria*, los estreptococos del grupo B y *E. coli*. Los recién nacidos pueden contraer uno de estos patógenos durante el parto o bien del entorno, particularmente si tienen un sistema inmunitario debilitado que los hace más proclives a las infecciones. Los

síntomas de infección en los recién nacidos no son muy específicos y pueden incluir: Llantos inconsolables; irritabilidad, dormir más de lo habitual, somnolencia, falta de interés por mamar del pecho o tomar el biberón, temperatura corporal baja o inestable, ictericia, palidez, problemas respiratorios, vómitos, diarrea. (14)

PIODERMITIS:

Pueden ser primarias o secundarias (Listeria, pseudomonas). Las primarias comprometen principalmente la zona del pañal y son producidas principalmente por estafilococo y estreptococo. El tratamiento se realiza con cloxacilina. (7)

CONJUNTIVITIS:

En los primeros días es producido por distintos gérmenes, respondiendo satisfactoriamente a tratamientos tópicos. La excepción son las infecciones por pseudomonas o gonococo que deben ser tratadas vía parenteral. (9)

ONFALITIS:

Infección de la piel del ombligo. Se presenta en un 0.7% de los RN nacidos en países desarrollados y hasta un 2.3% en países en desarrollo. La edad promedio de presentación es el tercer día de vida. Las onfalitis pueden ser extremadamente graves, dado la permeabilidad

de los vasos umbilicales que persiste hasta aproximadamente los 20 días de vida. Se han descrito como factores de riesgo: el bajo peso de nacimiento, trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas y sexo masculino. (18)

NEUMONÍA DOMICILIARIA:

La neumonía es una infección del pulmón que puede ser causada por diferentes tipos de gérmenes, incluyendo bacterias, virus, hongos y parásitos. Cada tipo de neumonía es más frecuente a una edad determinada. En cualquier caso, la causa más común de neumonía son los virus. Los virus que causan neumonía más frecuentemente son el influenza (gripe), virus sincitial respiratorio (VSR), para influenza y adenovirus. (11)

COMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES NEONATALES:

Puesto que el cuerpo y los órganos de los recién nacidos experimentan un rápido desarrollo, cualquier interrupción de ese proceso puede provocar complicaciones, incluyendo problemas de crecimiento y desarrollo, neurológicos, cardíacos, respiratorios y sensoriales. En algunos casos muy graves, las infecciones neonatales pueden ser mortales. Con sus frágiles e inmaduros sistemas inmunitarios, los bebés no están bien equipados para afrontar las infecciones. El diagnóstico precoz, el rápido tratamiento y la atenta vigilancia es la mejor

combinación para aumentar las probabilidades de que el lactante supere la infección. (14)

1.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA:

El Perú se caracteriza por tener una de las más altas tasas de mortalidad materna de América Latina, provocadas en muchos casos por condiciones de inequidad social, injusta distribución económica y discriminación cultural. Por lo tanto es importante conocer aspectos como el que se estudia, que puedan ayudar a resolver los problemas relacionados a la salud materna. (14)

Las complicaciones de salud durante el embarazo, parto y puerperio son responsables del 18% de la carga global de enfermedad de las mujeres entre 15 y 44 años de edad en el mundo entero. En América Latina y el caribe, más de 500.000 mujeres padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de una inadecuada atención del embarazo, parto y puerperio. (8)

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Por tal razón, el Ministerio de Salud del Perú tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de Intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna. (10)

Estas estrategias han estado orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto

institucional, el cual tiene como objetivo garantizar un parto seguro que no ponga en riesgo la vida de la gestante. Sin embargo, persisten los reportes discordantes entre las coberturas de la atención del control prenatal (77,2 %) y la atención del parto institucional (49,5 %). Entre los factores que incrementan la preferencia del parto domiciliario tenemos: Personales (la edad, el bajo nivel educativo, el estado conyugal, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario, y la procedencia rural). Factores de la atención prenatal (el inicio tardío del control prenatal, el inadecuado número de controles prenatales, la puntualidad en la atención recibida, la falta de visita domiciliaria, la poca capacidad resolutive del establecimiento de salud y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal). (10)

Nosotros consideramos que el nacimiento de un nuevo ser humano, debe ser para toda madre y la familia, momento de alegría, regocijo y felicidad. Este acontecimiento muchas veces, durante el expulsivo y el alumbramiento, puede originar complicaciones maternas y en el recién nacido, así como también, desenlaces fatales durante el embarazo o el parto, tanto para la madre así como para el recién nacido. Las causas que pueden originarla son múltiples y dentro de ellas, la atención de parto a domicilio siendo este y el postparto, el mayor marcador de morbimortalidad para la madre.

Durante nuestras prácticas pre profesionales, hemos tenido la ocasión de constatar el ingreso de pacientes con atención de parto a domicilio

que referían haber hecho complicaciones durante la atención recibida por la partera; dentro de ellas complicaciones maternas como: desgarros de distintos tipos, hemorragias, retención de restos placentario, atonía uterina etc., y complicaciones del recién nacido como: Caput succedaneum, hemorragia subaponeurótica, fractura de cráneo, meningitis, piodermitis, etc. Lo referido nos motivó a conocer, las complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario que ingresan al Hospital Santa Gema de Yurimaguas, sede de nuestro internado a fin de correlacionarlas con las características sociodemográficas y establecer las pautas correctivas pertinentes. (14)

Siendo este trabajo de gran utilidad para el Hospital Santa Gema, permitirá en primer lugar, reflejar la situación en la que se desenvuelve este grupo vulnerable e implementar estrategias alternativas, diseñadas para incrementar el acceso de las mujeres gestantes en trabajo de parto al establecimiento de salud y de esta manera, contribuir a reducir las tasas de morbi-mortalidad materno infantil, según los objetivos trazados en el plan estratégico del Ministerio de Salud.

Con seguridad los resultados de este trabajo servirán de manera práctica para actualizar los planes estratégicos y operativos del sector de influencia del “Hospital Santa Gema” de Yurimaguas, introduciendo estrategias que busquen mejorar la situación de salud de las madres atendidas por parteras tradicionales y del recién nacido, ya que al conocer la frecuencia, porcentaje, significancia de las variables de

estudio y la relación entre las mismas, como aporte teórico; se podrá estudiar alternativas para superar las mismas y reducir la mortalidad materna en la población de estudio.(14)

También el presente trabajo beneficiara a los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNSM - Tarapoto y de otras universidades, contribuyendo a su avance científico dentro del campo de la investigación, así como en la formación de sus estudiantes para quienes constituirá una guía en su desempeño laboral en la atención primaria. La ejecución del presente trabajo es factible porque cuenta con los recursos humanos, materiales, financieros y el compromiso de los investigadores para poder alcanzar los objetivos planteados. Así mismo el presente estudio no tendrá efectos perjudiciales en las pacientes que acuden al establecimiento de salud con la finalidad de solucionar su problema de salud, para evitar cualquier efecto ético nuestros datos obtenidos serán anónimos y recolectados de las historias clínicas de las pacientes.

1.5. FOMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre características sociodemográficas y complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Noviembre 2012 – Octubre 2013?

II. FORMULACION DE OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre las características sociodemográficas y las complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Noviembre 2012 – Octubre 2013.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio, sustentadas en la propuesta de dimensiones de Tula Ruth, Muñoz.
- 2.- Identificar las complicaciones maternas en la atención de parto domiciliario, teniendo en cuenta las dimensiones: complicaciones en el expulsivo y complicaciones en el alumbramiento.
- 3.- Identificar las complicaciones en el recién nacido de parto domiciliario, considerando las dimensiones traumatismos craneoencefálicos, traumatismos de nervios e infecciones.
- 4.- Establecer la relación que existe entre las características sociodemográficas, y las complicaciones maternas y del recién nacido de las pacientes en estudio.

III. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

3.1 FORMULACION DE LA HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION:

Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y las complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Noviembre 2012 – Octubre 2013.

3.2 IDENTIFICACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Características sociodemográficas.

VARIABLE DEPENDIENTE

Complicaciones maternas y del recién nacido.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACION AL	DIMENSIONES	INDICADORES
V.I Características socio demográficas	Cualidades que determinan los rasgos sociales y demográficos de una persona	Identificación de la frecuencia y porcentaje de las características socio demográficas de las puérperas.	Edad: Estado Civil Ocupación	Adolescentes: 11 a 19 años, Jóvenes: 20 a 30 años, Adultas: 31 años en adelante. Soltera Conviviente. Casada. Divorciada. Viuda. Ama de casa, Empleado Trabajo independiente, Desempleado Otro. Primíparas: Un parto. Segundiparas: dos partos,

					Múltiparas: Tres o más partos Primero Segundo Tercero Cuarto a más. Analfabeta, Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Sup. Técnica completa. Sup. Técnica incompleta. Sup. Universitario incompleto. Sup. Universitario completo.
			Nº de hijos vivos		
			Nivel educativo		
			Nivel Socio económico		Bajo: = ó < S/.750.00

			Embarazo	Alto: > S/. 750.00 Embarazo deseado. Embarazo no Deseado
V.D Complicaciones maternas y del recién nacido.	Son todas aquellas complicaciones que están relacionadas más específicamente con las fases del expulsivo y el alumbramiento en el trabajo de parto.	Identificación de la frecuencia y porcentaje de complicaciones en el expulsivo y alumbramiento atendido por la partera mediante una ficha de recolección de datos.	Complicaciones maternas: A.- Complicaciones en el expulsivo. B,- Complicaciones en el alumbramiento C,.- Complicaciones en el recién nacido.	-Desgarro vulvar -Desgarro perineal. -Desgarro vaginal. -Desgarro cervical. Retención placentaria. Hemorragia. Atonía uterina. Otras complicaciones.

IV. MATERIALES Y METODOS:

4.1. Tipo de Estudio.

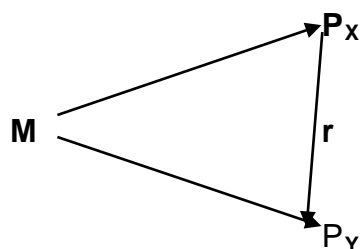
El presente proyecto de investigación está planteado con un enfoque cuantitativo, no experimental, transversal y tipo descriptivo correlacional.

Descriptivo.- Porque permite describir situaciones y eventos que se suscitaron durante la atención de parto domiciliario buscando como objetivo, identificar las características sociodemográficas de las pacientes, las complicaciones maternas y del recién nacido y establecer la relación entre ellos.

Transversal.- Porque estudia las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo, de Noviembre del 2012 a Octubre del 2013.

No Experimental.- Porque observará los fenómenos tal como se presentan y tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

4.2. Diseño de la Investigación.



Dónde:

M = Representa a todas las puérperas atendidas en el servicio por alguna complicación del parto domiciliario.

P_x = Representa las observaciones que se realizarán a la variable independiente complicaciones maternas.

P_y = Representa las observaciones que se realizarán a la variable dependiente complicaciones del recién nacido.

r = Representa la relación de las complicaciones maternas y del recién nacido.

4.3. Población y muestra de estudio:**Población o Universo en Blanco (N):**

La población de estudio está constituido por 120 pacientes con complicaciones de Parto domiciliario hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Gema de Yurimaguas entre Noviembre del 2012 a Octubre del 2013.

Muestra:

Conformada por 33 puérperas que fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Gema de Yurimaguas entre Noviembre del 2012 a Octubre del 2013 que presentaban complicaciones relacionadas con partos domiciliarios susceptibles a ser

estudiadas. La selección de la muestra se realizó mediante un proceso aleatorio simple al azar, para ello se enumeraron las historias clínicas del 1 al 120 utilizando balotas de papel luego se colocaron las balotas en una ánfora y se procedió a seleccionar las historias clínicas.

Unidad de muestreo:

Una puérpera atendida en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Gema de Yurimaguas con complicación por parto domiciliario entre Noviembre del 2012 a Octubre del 2013.

Criterio de Inclusión:

Las puérperas de parto domiciliario Hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Gema de Yurimaguas con complicación por parto domiciliario entre Noviembre del 2012 a Octubre del 2013.

Criterio de Exclusión:

Las puérperas de parto domiciliario atendidas en otro establecimiento de Salud.

Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo aleatorio simple entre 120 mujeres que tuvieron su parto en domicilio

Calculo del tamaño de la muestra:

Se tomó en cuenta los siguientes criterios:

Datos:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q} = \frac{120 * 1.96^2 * 0.03 * 0.97}{119 * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.03 * 0.97}$$
$$= 33 \text{ pacientes}$$

n: Tamaño de la muestra.

N: Población de pacientes con complicaciones maternas.

Z: Nivel de Confianza al 95% (Z = 1.96).

P: Estimación de la proporción poblacional, en la variable de interés.
(p=0,03)

E: Margen de Error de la estimación de P (5%).

4.4 PROCEDIMIENTO

- Se solicitó el permiso del director del Hospital Santa Gema de Yurimaguas para la realización del proyecto de investigación
- Se procedió a seleccionar las historias clínicas de pacientes con complicaciones de parto domiciliario.
- Finalmente las fichas de recolección de datos fueron procesadas a través del instrumento estadístico del chi cuadrado para la verificación de los datos puestos a prueba y así ver la significación estadística.

4.5. PLAN DE RECOJO DE INFORMACION

4.5.1. METODOS Y TECNICAS

Para la recolección de datos se empleó como método la observación simple y como instrumento una Ficha de Recolección de datos elaborada por las autoras. Para el efecto de la recolección de datos se utilizó como técnica el llenado de la ficha de recolección de datos y como instrumento, la fuente secundaria historias clínicas de las pacientes atendidas por complicaciones maternas y del recién nacido en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

4.5.2. INSTRUMENTO.

Para la recolección de datos se empleó como método la observación simple; método que se utilizó para recoger información sobre nuestras variables de estudio, las que fueron plasmadas por los médicos del establecimiento de salud en las historias clínicas de las pacientes. Para el efecto de la recolección de datos se utilizó la técnica de llenado de la ficha de recolección de datos elaborada por las autoras y como instrumento, la fuente secundaria historias clínicas de las pacientes atendidas por complicaciones maternas y del recién nacido en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

Nuestra ficha de recolección de datos fue diseñada teniendo en cuenta nuestra variable independiente características sociodemográficas y la variable dependiente complicaciones maternas y del recién nacido. La

primera parte recoge información de datos generales como: número de ficha, número de historia clínica y responsable del llenado. La segunda parte recoge información de las características sociodemográficas de las pacientes, teniendo en cuenta la propuesta de dimensiones consideradas por Ruth, Muñoz. La tercera parte recoge información de las complicaciones maternas, y se elaboró teniendo en cuenta las dimensiones complicaciones en el expulsivo y complicaciones en el alumbramiento y la cuarta parte recoge las complicaciones del recién nacido teniendo en cuenta las dimensiones traumatismos craneoencefálicos, traumatismos de nervios e infecciones. La valoración de la frecuencia de cada uno de los indicadores se hará por la PRESENCIA O AUSENCIA de cada evento.

4.6. PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN:

Se hizo uso de tablas estadísticas, porcentajes para el respectivo cálculo y la significación estadística del problema.

Se utilizó el instrumento estadístico del chi cuadrado para la verificación de los datos puestos a prueba y así ver la significación estadística.

V.- RESULTADOS

TABLA N°01

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES CON
COMPLICACIONES DE PARTO DOMICILIARIO, HOSPITAL SANTA
GEMA DE YURIMAGUAS. NOVIEMBRE 2012 – OCTUBRE 2013.

CARACTERISTICAS	N° PACIENTES	% PACIENTES
EDAD:		
11 a 19 años	09	27.3
20 a 30 años	12	36.4
31 a más años	12	36.4
ESTADO CIVIL:		
Soltera	06	18.2
Conviviente	22	66.7
Casada	05	15.1
Divorciada	00	00
Viuda	00	00
PROCEDENCIA:		
Urbano	17	51.5
Rural	16	48.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN:		
Analfabeta	03	9.1
Primaria Incompleta	04	12.1
Primaria Completa	10	30.3
Secundaria Incompleta	11	33.5
Secundaria Completa	05	15.2
Técnica Incompleta	00	00
Técnica Completa	00	00
Universitario Incompleta	00	00
Universitario Completa	00	00
OCUPACION:		
Ama de Casa	25	75.8
Empleado Estable	00	00
Empleado Inestable	00	00
Trabajo Independiente	07	21.2
Desempleado	01	03
Otros	00	00

PARIDAD: Primíparas Segundíparas múltiparas	08 10 15	24.2 30.3 45.5
N° DE HIJOS VIVOS: Primero Segundo Tercero Cuatro a mas	09 07 04 13	27.3 21.3 12.1 39.4
NIVEL SOCIO ECONOMICO: Igual o menor a 750.S/. Mayor a 750 S/.	28 05	84.8 15.2
EMBARAZO: Embarazo Deseado Embarazo No Deseado	19 14	57.6 42.4

FUENTE: Datos estadísticos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas

En la Tabla se observa que la edad de las pacientes de parto domiciliario, Muestra igual prevalencia en los grupos etarios entre 20 a 30 años y 31 a más años, ubicándose en 36,4% en ambos casos y 27,3% se ubica entre los 11 a 19 años de edad. Podemos observar entonces que las complicaciones de las pacientes de parto domiciliario y del recién nacido se presentó con mayor prevalencia en las jóvenes y adultas.

El relación al estado civil de las pacientes de parto domiciliario, reportaron mayor prevalencia (66,7%) para conviviente, 18,2% para solteras y 15,1% para casadas. La procedencia de las pacientes de parto domiciliario, Muestra mayor prevalencia (51,5%) para procedencia urbana, 48,5% procedencia rural.

El grado de instrucción de las pacientes de parto domiciliario, atendidas por complicaciones. Reporta mayor prevalencia (48,5%) para grado de

instrucción secundaria, distribuido en 33,3% con secundaria incompleta y 15,2% con secundaria completa. El 42,4% se ubicó en instrucción primaria, distribuido en 30,3% primaria completa y 12,1% primaria incompleta. 9,1% refirieron no tener grado de instrucción.

La ocupación de las pacientes de parto domiciliario, atendidas por complicaciones. Reporta mayor prevalencia (75,8%) para ama de casa (25 pacientes), 21,2% (7 pacientes) refirió trabajo independiente, 3% (1 paciente) desempleado. La paridad de las pacientes de parto domiciliario, reportaron mayor prevalencia (45,5%) para multíparas, 30,3% segundíparas y 24,2% son primíparas.

Los hijos vivos de las pacientes de parto domiciliario, resultaron con mayor prevalencia (39,4%) mayor de tres hijos vivos, 27,3% un hijo vivo, 21,2% dos hijos vivos y 12,1% tres hijos vivos. El nivel socioeconómico de las pacientes de parto domiciliario, reportaron mayor prevalencia (84,8%) para nivel socioeconómico igual o menor a 750.00 nuevos soles y 15,2% nivel mayor a 750.00 s/.

En relación a los embarazos de las pacientes de parto domiciliario, reportaron mayor prevalencia (57,6%) para embarazo deseado y 42,4% (14 pacientes) refirieron embarazo no deseado.

TABLA N°02

COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIEN NACIDO, SEGÚN
COMPLICACIONES EN EL EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO,
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS. NOVIEMBRE 2012 –
OCTUBRE 2013.

COMPLICACIONES MATERNAS	N° PACIENTES	% PACIENTES
COMPLICACIONES EN EL EXPULSIVO:		
Desgarro vulvar	03	9.1
Desgarro perineal	03	9.1
Desgarro vaginal	07	21.2
Desgarro cervical	07	21.2
COMPLICACIONES EN EL ALUMBRAMIENTO:		
Retención placentaria	10	30.3
Hemorragia	07	21.2
Atonía uterina	04	12.1
Otras complicaciones	12	36.4
COMPLICACIONES EN EL RECIEN NACIDO:	N° PACIENTES	% PACIENTES
TRAUMATISMOS CRANEOENCEFALICOS:		
Caput succedaneum	22	66.7
Hemorragia Subaponeurotica	00	00
Cefalohematoma	07	21.2
Fractura de cráneo	00	00
TRAUMATISMOS DE NERVIOS:		
Traumatismo pares craneales	00	00
Lesión del plexo braquial	06	18.2
Lesión de los nervios P.	00	00
Traumatismo de la medula E.	00	00

INFECCIONES:		
Meningitis	00	00
Piodermitis	00	00
Conjuntivitis	03	9.1
Onfalitis	00	00
Neumonía	02	6.1
Sepsis	13	39.4
Otra patología	15	45.4

Fuente: Datos estadísticos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas

La tabla muestra las complicaciones maternas que se produjeron en el expulsivo en las pacientes de parto domiciliario, reportaron mayor prevalencia (60,6%) para desgarros y dentro de ella, desgarro vaginal y desgarro cervical por igual en 21,2 % en cada caso, 9,1% para desgarro vulvar y desgarro perineal en cada caso.

Las complicaciones maternas que se produjeron en el alumbramiento, reportaron mayor prevalencia (30,3%) retención placentaria, 21,2% hemorragia, 12,1% atonía uterina y 36,4% otras complicaciones.

En relación a las complicaciones del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, atendidas por complicaciones craneoencefálicas: reportaron mayor prevalencia para caputsuccedaneum (66,7%) en 22 recién nacidos, 21,2% cefalohematoma. Las complicaciones del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, atendidas por traumatismos de nervios, reportaron prevalencia de 18,2% para lesión del plexo braquial.

Las complicaciones del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, atendidas por infecciones, reportaron mayor prevalencia en 39,4% con sepsis, 9,1% conjuntivitis y 6,1% neumonía. El 45,4% otras patologías.

Tabla N°03

PRUEBA DE HIPOTESIS PARA DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS. NOVIEMBRE 2012 – OCTUBRE 2013.

VARIABLES:	X²Exp.I	G. L.	X²Tab.	p-Error	Signif.
EDAD:					
Complicaciones en el expulsivo	12.698	06	12.59	0.048	SI
Complicaciones en el alumbramiento	7.312	06	12.59	0.293	NO
Traumatismos craneoencefálicos	6.610	02	5.99	0.037	SI
Infecciones	5.945	06	12.59	0.429	NO
ESTADO CIVIL:					
Complicaciones en el expulsivo	4.58	03	7.81	0.205	NO
Complicaciones en el alumbramiento	3.533	06	12.59	0.740	NO
Traumatismos craneoencefálicos	3.429	02	5.99	0.180	NO
Infecciones	6.303	06	12.59	0.390	NO
PROCEDENCIA:					
Complicaciones en el expulsivo	5.524	03	7.81	0.137	NO
Complicaciones en el alumbramiento	0.554	03	7.81	0.907	NO
Traumatismos craneoencefálicos	0.624	01	3.84	0.430	NO
Infecciones	5.082	03	7.81	0.166	NO
GRADO DE INSTRUCCIÓN:					
Complicaciones en el expulsivo	15.383	12	18.55	0.221	NO
Complicaciones en el alumbramiento	15.061	12	18.55	0.238	NO
Traumatismos craneoencefálicos	3.576	04	9.49	0.466	NO
Infecciones	14.892	12	18.55	0.247	NO
OCUPACION:					
Complicaciones en el expulsivo	4.222	06	12.59	0.647	NO
Complicaciones en el alumbramiento	2.843	06	12.59	0.828	NO
Traumatismos craneoencefálicos	1.955	02	5.99	0.376	NO
Infecciones	5.847	06	12.59	0.441	NO
PARIDAD:					
Complicaciones en el expulsivo	13.413	06	12.59	0.037	SI
Complicaciones en el alumbramiento	7.933	06	12.59	0.243	NO

Traumatismos Craneoencefálicos	4.005	02	5.99	0.135	NO
Infecciones	6.168	06	12.59	0.208	NO
NUMERO DE HIJOS VIVOS:					
Complicaciones en el expulsivo	9.524	09	16.92	0.390	NO
Complicaciones en el alumbramiento	6.924	09	16.92	0.645	NO
Traumatismos craneoencefálicos	7.153	03	7.81	0.067	NO
Infecciones	7.071	09	16.92	0.630	NO
NIVEL SOCIOECONOMICO:					
Complicaciones en el expulsivo	5.965	03	7.81	0.113	NO
Complicaciones en el alumbramiento	3.980	03	7.81	0.264	NO
Traumatismos craneoencefálicos	1.695	01	3.84	0.193	NO
Infecciones	5.965	03	7.81	0.113	NO
EMBARAZO:					
Complicaciones en el expulsivo	2.574	03	7.81	0.482	NO
Complicaciones en el alumbramiento	0.223	03	7.81	0.974	NO
Traumatismos craneoencefálicos	1.714	01	3.84	0.190	NO
Infecciones	2.576	03	7.81	0.462	NO

Fuente: Datos obtenidos del Proyecto de investigación

Esta tabla, muestra la relación entre la edad y las complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Reportaron relación significativa entre edad y desgarros maternos en el expulsivo; al obtener Chi cuadrado experimental mayor que Chi cuadrado Tabular (X^2_C 12,698 > X^2_T 12,59); estableciendo relación significativa entre ambas variables. La edad de la madre estuvo relacionada significativamente con los traumatismos craneoencefálicos en el recién nacido al encontrar Chi cuadrado experimental mayor que Chi cuadrado Tabular (X^2_C 6,610 > X^2_T 5,99) existiendo relación significativa entre ambas. Encontramos relación no significativa para edad materna y

complicaciones en el alumbramiento como para edad materna e infecciones en el recién nacido; es decir se confirmó la hipótesis nula.

En cuanto a la relación entre estado civil y las complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, reportaron relación no significativa entre estado civil y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para estado civil y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables.

La relación entre procedencia materna y complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, reportaron relación no significativa entre procedencia materna y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para procedencia materna y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables.

La relación entre grado de instrucción de la madre y complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, reportaron relación no significativa entre grado de instrucción materna y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como

también, para grado de instrucción de la madre y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables.

La relación entre ocupación de la materna y complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, reportaron relación no significativa entre ocupación de la madre y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para grado de instrucción de la madre y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables.

La relación entre paridad y complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, reportaron relación significativa entre paridad y complicaciones maternas en el expulsivo (desgarros) al obtener Chi cuadrado experimental mayor que Chi cuadrado Tabular ($X^2_C 13,413 > X^2_T 12,59$); rechazando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación significativa entre ambas variables. Encontramos relación no significativa para paridad y complicaciones en el alumbramiento si como para paridad y traumatismos craneoencefálicos e infecciones en el recién nacido; es decir se confirmó la hipótesis nula.

En cuanto a la relación entre número de hijos de la materna y complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, reportaron relación no significativa entre número de hijos de la madre y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para número de hijos de la madre y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables.

La relación entre nivel socioeconómico de la madre y complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, reportaron relación no significativa entre nivel socioeconómico de la madre y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para nivel socioeconómico y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables.

En cuanto a la relación entre embarazo y complicaciones maternas y del recién nacido, reportaron relación no significativa entre embarazo y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para embarazo y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0).

VI.- DISCUSIÓN:

En América Latina y el Caribe, más de 500.000 mujeres padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de una inadecuada atención del embarazo, parto y puerperio. (8)

El Perú tiene una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina. En el 2010 murieron 452 madres, En su mayoría son madres adolescentes. Cajamarca es la Región con mayor índice de muerte materna (16).

La falta de un profesional al momento del parto es una de las principales causas de muerte entre las madres, pues no cuenta con un especialista en salud que pueda evitar las posibles complicaciones cuando se produce el nacimiento del niño. A ello se suma la precaria infraestructura hospitalaria, medicamentos y de servicios adecuados.

Nosotros consideramos que el nacimiento de un nuevo ser humano, debe ser para toda madre y la familia, momento de alegría, regocijo y felicidad. Este acontecimiento muchas veces, durante el expulsivo y el alumbramiento, puede originar complicaciones maternas y en el recién nacido, así como también, desenlaces fatales durante el embarazo o el parto, tanto para la madre así como para el recién nacido. Las causas que pueden originarla son múltiples y dentro de ellas, la atención de parto a domicilio siendo este y el postparto, el mayor marcador de morbimortalidad para la madre.

Lo referido por los autores que anteceden y el conocimiento de antecedentes de otras investigaciones, nos motivó a determinar la relación que existe entre las características sociodemográficas y las complicaciones maternas y del recién nacido de parto domiciliario en pacientes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Departamento de Loreto, durante los meses de noviembre 2012 a octubre de 2013. Para concretizar nuestro trabajo se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional con el empleo del diseño correlacional.

En cuanto al primer objetivo: Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio, sustentadas en la propuesta de dimensiones de Ruth, M.; nuestros resultados (tabla N° 1), reportaron: que, el 36,4% de madres de parto domiciliario se ubicó por igual, entre 20 a 30 y 31 a más años y 27,3% entre 11 a 19 años de edad. Podemos observar entonces que las complicaciones de las pacientes de parto domiciliario y del recién nacido, se presentó con mayor prevalencia en las jóvenes y adultas; nuestros resultados son similares a lo reportado por Chagua N.C. (21) quien encontró 37% entre los 25 a 29 años. En cuanto al estado civil, 66,7% son conviviente, 18,2% soltera y 15,1% casadas. Podemos observar entonces que las complicaciones de las pacientes de parto domiciliario y del recién nacido se presentó con mayor prevalencia en las solteras 84,9 % (28 pacientes) seguido de 15,1% (5 pacientes) para casada. La situación

de convivencia, sin estar casada que se observó en el presente estudio, constituye una desventaja relacionada a la postergación social de las mujeres, tal como también lo describe Aliaga (22). Nuestros resultados son similares a lo reportado por Chagua N.C. (21) quien encontró 76% de convivencia en una muestra de 200 en la comunidad de Huaycán. La procedencia de las pacientes atendidas en el establecimiento de salud reportó mayor prevalencia (51,5%) para procedencia urbana, 48,5% procedencia rural. Nosotros consideramos que la procedencia rural de las pacientes es todavía un problema para la desagregación de la información a las zonas rurales, lo que podría estar influyendo en la atención del parto domiciliario. En cuanto al grado de instrucción el 48,5% son de instrucción secundaria; distribuido en 33,3% con secundaria incompleta y 15,2% con secundaria completa; el 42,4% instrucción primaria, distribuido en 30,3% (10 pacientes) primaria completa y 12,1% (4 pacientes) primaria incompleta. 9,1% (3 pacientes) refirieron no tener grado de instrucción. Como podemos observar nuestras pacientes hasta un 84,8% tienen bajo grado de instrucción y se atienden el parto a domicilio; lo encontrado, es congruente con lo reportado por ENDES (23) que en términos de niveles de educación, refiere que 14,5% de los partos de mujeres sin educación ocurre en los establecimientos de salud y 17,5% son atendidos por personal profesional de la salud. Estas referencias sin embargo han mejorado según los resultados de las ENDES (24), institución que da a conocer

que la atención del parto por personal médico ha mejorado de 32.2% en 1996 a 42.8% para el 2004-2006, y para la atención por el Obstetra de 24.2% a 24.8%. Los partos en servicios de salud a nivel nacional se han incrementado de 55% a 70.1%; en el área urbana de 73% a 92%; y en la rural de 15% a 42.9%. Por lo referido nosotros creemos que el grado de instrucción de las pacientes que acuden al hospital Santa Gema de Yurimaguas estaría en relación a que las de menos educación tienen mayor posibilidad de tener parto en casa y menor de parto institucional. Nuestros resultados según ocupación de las pacientes reportaron 75,8% ama de casa, 21,2% trabajo independiente, 3% desempleado. Los resultados reportados son congruentes con lo reportado por Chagua N.C. (21) quien al estudiar las características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la comunidad de Huaycán reportó como ocupación, ama de casa en el 69%, comerciante 13%, costurera 4%, peinadora 2% y otros 12% de 200 que conformaron la muestra de estudio. Los resultados reportados para paridad de las pacientes fueron 45,5% para multíparas, 30,3% segundíparas y 24,2% primíparas. Los resultados de número de hijos vivos de las pacientes reportaron mayor prevalencia (39,4%) tres hijos vivos, 27,3% un hijo vivo, 21,2% dos hijos vivos y 12,1% refirieron tener tres hijos vivos. Los resultados de nivel socioeconómico reportaron mayor prevalencia (84,8%) para nivel socioeconómico igual o menor a 750.00 nuevos soles (28 pacientes) y 15,2% (5 pacientes) refirieron nivel mayor a 750.00 nuevos soles y en

relación al embarazo de las pacientes de parto domiciliario nuestros resultados reportaron mayor prevalencia (57,6%) para embarazo deseado y 42,4% (14 pacientes) refirieron embarazo no deseado. Debemos tener en cuenta lo reportado por Tarqui C. M y Barreda A. G. (3) quienes refieren que, el riesgo de presentar parto domiciliario es tres veces mayor en las mujeres cuyo embarazo no fue deseado comparado, con las mujeres cuyo embarazo fue deseado y aceptado, al parecer esto se explica por la necesidad de algunas mujeres de tratar de mantener oculto el embarazo ya sea porque fue producto de alguna relación considerada «indebida» o porque se dio en el momento inadecuado, esto es muy frecuente en las adolescentes embarazadas dado que el embarazo no fue planificado, más aún si es producto de una relación con una pareja esporádica, con la consiguiente interrupción brusca de sus planes de vida y los serios problemas que se originan en el entorno familiar.

Podemos afirmar por nuestros hallazgos que la edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, ocupación, paridad, nivel socio económico y tipo de embarazo incrementan la preferencia por el parto domiciliario; lo referido es similar a lo referido por Tarqui C. M y Barreda A. G. (3) quienes refieren que existen factores personales que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, entre ellos mencionan

los siguientes: la corta edad, el bajo nivel educativo, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural.

En el Perú cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. La detección oportuna de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, es importante para reducir la mortalidad materna y perinatal (26).

En cuanto al segundo objetivo: Identificar las complicaciones maternas originadas por la atención del parto domiciliario, teniendo en cuenta las dimensiones complicaciones en el expulsivo y complicaciones en el alumbramiento; nuestros resultados sobre complicaciones maternas producidas en el expulsivo (Tabla N° 02) reportaron: 60,6% para desgarros; dentro de ellos el desgarro vaginal y desgarro cervical se ubicaron por igual en 21,2 % en cada caso, seguido de 9,1% para desgarro vulvar y desgarro perineal en cada caso; las complicaciones maternas que se produjeron durante el alumbramiento (Tabla N° 02) fueron: 30,3% para retención placentaria (10 pacientes), 21,2% (7 pacientes) hemorragia, 12,1% (4 pacientes) atonía uterina y 36,4% (12 pacientes) reportaron otras complicaciones.

En cuanto al tercer objetivo: Identificar las complicaciones del recién nacido de parto domiciliario, considerando las dimensiones traumatismos craneoencefálicos, traumatismos de nervios e infecciones; las complicaciones craneoencefálicas (Tabla N° 02)

encontradas en los recién nacidos, reportaron: caputsuccedaneum (66,7%) en 22 recién nacidos, 21,2% (7 recién nacidos) tuvieron cefalohematoma y los traumatismos de nervios encontrados (Tabla Nº 02) indicaron 18,2% (6 recién nacidos) para lesión del plexo braquial, las infecciones por las que fueron atendidos los recién nacidos (Tabla Nº 02) reportaron: 39,4% (13 recién nacidos) con sepsis, 9,1% (3 recién nacidos) conjuntivitis y 6,1% (2 pacientes) neumonía. El 45,4% (15 recién nacidos) manifestaron otras patologías. Nuestros resultados son corroborados por los hallazgos de Chagua N.C. (2010) quien reporta haber encontrado 31% de complicaciones maternas y del recién nacido durante el parto, después de trabajar con 200 pacientes como muestra. Las causas de muerte no se han modificado significativamente en los últimos años, las causas directas siguen siendo las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio inmediato. La mayoría de las muertes ocurren por complicaciones del parto; así, si bien no necesariamente son predecibles, la mayoría de muertes son evitables a costos relativamente bajos. Ello revela la necesidad y la importancia de una atención médica adecuada y oportuna durante el embarazo y en el momento del parto (21).

En cuanto al cuarto objetivo: establecer la relación que existe entre las características sociodemográficas y las complicaciones maternas y del recién nacido de las pacientes en estudio (Tablas Nº 03); nuestros resultados reportaron relación significativa entre edad y desgarros

maternos en el expulsivo; al obtener Chi cuadrado experimental mayor que Chi cuadrado Tabular (X^2_C 12,698 > X^2_T 12,59); rechazando la Hipótesis nula (H_0), estableciendo relación significativa entre ambas variables. La edad de la madre estuvo relacionada significativamente con los traumatismos craneoencefálicos (caputsuccedaneum, hemorragia subaponeurótica, Cefalohematoma y Fractura de cráneo) en el recién nacido al encontrar Chi cuadrado experimental mayor que Chi cuadrado Tabular (X^2_C 6,610 > X^2_T 5,99) existiendo entonces relación significativa entre ambas. Encontramos relación no significativa para edad materna y complicaciones en el alumbramiento así como para edad materna e infecciones en el recién nacido; es decir se confirmó la hipótesis nula. Al establecer la relación entre estado civil y las complicaciones maternas y del recién nacido de pacientes de parto domiciliario, nuestros resultados reportaron relación no significativa en ambos casos, al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables. Nuestros resultados reportaron relación no significativa entre procedencia materna y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para procedencia materna y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables. En cuanto

a grado de instrucción de la madre y complicaciones maternas y del recién nacido, nuestros resultados reportaron relación no significativa en ambos casos, al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables. Encontramos relación no significativa entre ocupación de la madre y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para grado de instrucción de la madre y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables. Nuestros resultados reportaron relación significativa entre paridad y complicaciones maternas en el expulsivo (desgarros) al obtener Chi cuadrado experimental mayor que Chi cuadrado Tabular (X^2_C 13,413 > X^2_T 12,59); rechazando la Hipótesis nula (H_0), estableciendo relación significativa entre ambas variables y relación no significativa para paridad y complicaciones en el alumbramiento si como para paridad y traumatismos craneoencefálicos e infecciones en el recién nacido; es decir se confirmó la hipótesis nula. Encontramos relación no significativa entre número de hijos de la madre y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para número de hijos de la madre y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0)

y estableciendo relación no significativa entre ambas variables. Nuestros resultados reportaron relación no significativa entre nivel socioeconómico de la madre y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para nivel socioeconómico y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables y relación no significativa entre embarazo y complicaciones maternas en el expulsivo y alumbramiento así como también, para embarazo y complicaciones en el recién nacido; al obtener Chi cuadrado experimental menor que Chi cuadrado Tabular en todos los casos; aceptando la Hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación no significativa entre ambas variables.

Durante las últimas décadas se han desarrollado diferentes estudios de salud, según el MINSA (25), INEI (24), el resultado final en salud no podía ser más excluyente: los más afectados por la pobreza, los marginados, las mujeres gestantes y los niños, hacia quienes debían dirigirse los mayores esfuerzos para aliviar su riesgosa condición, permanecen en la misma situación, la cual afecta su sentido del futuro y su esperanza por una vida digna, manteniendo como uno de los principales problemas de salud la elevada morbilidad y mortalidad materna infantil y desnutrición.

VII. CONCLUSIONES:

1. En las pacientes de parto domiciliario el 36,4% se ubicó por igual edades, entre 20 a 30 y 31 a más años. El 66,7% fueron convivientes. El 51,5% fueron de procedencia urbana y 48,5% rural; 48,5% con grado de instrucción secundaria completa e incompleta; el 75,8% ama de casa; 45,5% multípara, 39,4% con más de tres hijos vivos; el 84,8% tiene un ingreso familiar mensual igual o menor a S/.750.00. y el 57,6% tuvo embarazo deseado.
2. Las complicaciones maternas en la atención de parto domiciliario durante el expulsivo reportaron, 21,2% para desgarro vaginal y desgarro cervical y las complicaciones en el alumbramiento fueron 30,3% retención placentaria y 36,4% otras complicaciones (hematoma, retención de restos placentarios).
3. Las complicaciones craneoencefálicas del recién nacido de parto domiciliario fueron: 66,7% caput succedaneum, 21,2% cefalohematoma y lesión del plexo braquial con 18,2%. Las infecciones del recién nacido fueron: 39,4% con sepsis y el 45,4% tuvo otras patologías (asfixia, sufrimiento fetal, cianosis).
4. Las pruebas estadísticas nos indicaron que existe relación significativa entre edad materna y desgarros maternos en el expulsivo; edad de la madre y traumatismos craneoencefálicos en el recién nacido

(caputsuccedaneum, hemorragia subaponeurótica, Cefalohematoma y fractura de cráneo) y entre paridad y desgarros maternos en el expulsivo; al obtener chi cuadrado experimental mayor que chi cuadrado Tabular, (X^2_C 12,698 > X^2_T 12,59), rechazando la hipótesis nula (H_0) y estableciendo relación significativa entre ambas variables. En los demás casos no se encontró relación entre variables, al obtener chi cuadrado experimental menor que el chi cuadrado tabular, es decir, se confirmó la hipótesis nula.

VIII. RECOMENDACIONES:

1. Los profesionales responsables de la salud reproductiva de la mujer que acude al Hospital Santa Gema de Yurimaguas, deben en conjunto, identificar las necesidades de información, educación y comunicación para motivar el acceso de las mujeres al parto en los centros de salud a fin de disminuir la morbilidad materna y del recién nacido.
2. En las visitas domiciliarias, las obstetras e internas deberán tener como objetivo: incentivar a las madres a que acudan a sus controles prenatales desde el momento de la concepción, a fin de que reciban una atención profesional y no corran riesgos en su salud y en la de su bebé.
3. Promover la atención multidisciplinaria durante la atención prenatal, brindando especial cuidado a aquellas gestantes con antecedente de parto domiciliario, diseñando estrategias que acorten la brecha intercultural entre el prestador de salud y la gestante, incorporando a los promotores de salud y personal de la comunidad, a fin de lograr la captación oportuna de gestantes; para formar una red activa que promueva la atención prenatal y la atención institucional del parto.
4. Al hospital Santa Gema de Yurimaguas debe institucionalizar la atención del parto culturalmente adecuando a los servicios de maternidad para mejorar la calidad y calidez de la atención materno-neonatal, garantizando la mayor cobertura de partos institucionales.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Borda C.: Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogota 2001. Disponible en [www. revistas.unal.edu.co/index.php/ revsaludpublica /article.../19569](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article.../19569)
2. Fernández R. J., Mayorga S.: Factores Condicionantes en la Preferencia por el Parto Domiciliario en madre de zona urbana y rural de san jerónimo Setiembre1995. UNSAAC, Cuzco, Perú. Disponible en:http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1995_n5/partod.htm.
3. Tarqui C. M.; Barreda A. G. : Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria Junio 2005. U.N.M.S.M., Callao, Peru. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/s>.
4. Medina A. Silva J. Mayca J.: Embarazo Parto y Puerperio en Comunidades Nativas Aguarunas y Huambisas 2005.instituto Nacional de Salud Lima-Perú Disponible en: [cache: www.ins.gob.pe/rpmesp/revistavisita](http://cache:www.ins.gob.pe/rpmesp/revistavisita). INTERCULTURAL.
5. Salas W. Matos D.: Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Huachocolpa Tayacaja. Huancavelica Perú 2000- 2003. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8MgCJas2eRMJ.www.ins.gob.pe/rpmesp/revistavisita.asp?pubcod%3D31%26artrevcod%3D315%26pdf%3DVOL20SU/SALUD%2520INTERCULTURAL>.

6. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Materna y perinatal. Plan nacional de acción para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009- 2015. Lima: MINSA; 2009
7. Ministerio de Salud. Perú, Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/48775424/Mortalidad-Materna-Peru-2010>.
8. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009. INEI, 2012.
9. Nota de Prensa N° 23 -2012-OGIIT-SIS. (2012). [on-line]. Disponible en: http://sis.gob.pe/notadeprensa/a_notaprensa.asp?idNoticia=600.
10. Diario el comercio. (2012). [on-line]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/477244/>
11. Borda C. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. Salud Pública (Bogotá) 2001; 3(2): 154-70.
12. EL MUNDO.ES/DICCIONARIO: Tercera Edición. Disponible en: <http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/>.
13. Resendiz R. La semiótica de Greimas 2012. Disponible en: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:61DXHZvJuY4J:hyperlab.politicas.unam.mx/oficiodecomunicologo/18lasemioticadegreimas>.

14. Martín C.: El parto: Opciones de la mujer (12/03/2010). Disponible en:
<http://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010031245216/mujer/parto>.
15. Diario Perú reporta. (2011). [on-line]. Disponible en
<http://www.perureporta.pe/mundo/news/2333>.
16. Alejandro C.: Los riesgos del parto domiciliario (15/12/ 2008). Disponible en <http://saludable.infobae.com/los-riesgos-del-parto-domiciliario/>.
17. Parto libre: derecho a conquistar. Entrevista en [saludymedicinas.com.mx](http://www.saludymedicinas.com.mx) con la educadora perinatal Guadalupe Landerreche Gómez Morín.
<http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=2557>
18. Urrego Z, Gonzales E, Fernandez R. Evaluación del control prenatal en el Hospital Kennedy Primer Nivel E.S.E. Bogotá 1999-2000 [online]. Caracas: Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina; Disponible en:
[http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf /control%20prenat.pdf](http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf/control%20prenat.pdf)
19. Borda C. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. Rev Salud Publica (Bogotá) 2001; 3(2): 154-70.
20. Ruth, M. (2011). Depresión posparto y características socio demográficas en mujeres que consultan en el hospital san José de Medinas. Hospital Nicolás Avellaneda – Catamarca 2000. San Miguel de Tucumán.

21. Chagua N.C. (2010)- Características sociales de las mujeres con parto domiciliario en la Comunidad de Huaycán. Perú. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IX%202010/7-Parto%20Domiciliario.htm>
22. Aliaga A. Influencia del seguro Materno Infantil y el Seguro Integral de Salud, en la Salud en las mujeres pobres. Tesis de maestría UNFV Lima-Perú. 2006.
- 23.- INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2000.
- 24.- INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2004 - 2006.
- 25.- Ministerio de Salud. Avanzando hacia la maternidad segura en el Perú: un derecho de todas las mujeres/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima. 2006.

X.- ANEXOS: N°01



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES:

El llenado de la ficha de recolección de datos se realizará utilizando la información que sobre nuestras variables de estudio se encuentran registradas en las Historias Clínicas (H.C) de cada paciente de parto domiciliario que, por complicaciones maternas y fetales, fue atendida en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas durante el periodo comprendido entre noviembre del 2012 y octubre del 2013. El llenado debe ser realizado correctamente tal como los datos se encuentren en las historias clínicas; no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos.

DATOS GENERALES.	
	N° DE FICHA..... N°. DE H.C..... RESPONSABLE DEL LLENADO.....
A.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	
EDAD DE LA PACIENTE:	<input type="checkbox"/> 11 a 19 años
	<input type="checkbox"/> 20 a 30 años
	<input type="checkbox"/> 31 años en adelante
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltera
	<input type="checkbox"/> Conviviente.
	<input type="checkbox"/> Casada.
	<input type="checkbox"/> Divorciada.
	<input type="checkbox"/> Viuda.

PROCEDENCIA	<input type="checkbox"/> Urbana
	<input type="checkbox"/> Rural
GRADO DE INSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/> Analfabeta.
	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta
	<input type="checkbox"/> Primaria completa
	<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta
	<input type="checkbox"/> Secundaria completa
	<input type="checkbox"/> Técnica incompleta
	<input type="checkbox"/> Técnica completa
	<input type="checkbox"/> Universitario incompleto
OCUPACIÓN:	<input type="checkbox"/> Universitario completo
	<input type="checkbox"/> Ama de casa.
	<input type="checkbox"/> Empleado estable,
	<input type="checkbox"/> Empleado inestable,
	<input type="checkbox"/> Trabajo independiente,
	<input type="checkbox"/> Desempleado
PARIDAD	OTRO.....
	<input type="checkbox"/> Primíparas.
	<input type="checkbox"/> Segundíparas.
	<input type="checkbox"/> Multíparas.
Nº DE HIJOS VIVOS	<input type="checkbox"/> Primer hijo
	<input type="checkbox"/> Segundo hijo
	<input type="checkbox"/> Tercer hijo
	<input type="checkbox"/> Otro.
NIVEL SOCIOECONÓMICO	<input type="checkbox"/> = ó < S/.750.00
	<input type="checkbox"/> > S/. 750.00
EMBARAZO	<input type="checkbox"/> Embarazo deseado
	<input type="checkbox"/> Embarazo no deseado

B.- COMPLICACIONES MATERNAS.	
1. COMPLICACIONES EN EL EXPULSIVO:	<input type="checkbox"/> Desgarro vulvar
	<input type="checkbox"/> Desgarro perineal
	<input type="checkbox"/> Desgarro vaginal.
	<input type="checkbox"/> Desgarro cervical.
2.- COMPLICACIONES EN EL ALUMBRAMIENTO.	<input type="checkbox"/> Retención placentaria.
	<input type="checkbox"/> Hemorragia.
	<input type="checkbox"/> Atonía uterina.
	<input type="checkbox"/> Otras complicaciones.....
C.- COMPLICACIONES EN EL RECIEN NACIDO.	
1.-TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS	<input type="checkbox"/> Caputsuccedaneum
	<input type="checkbox"/> Hemorragia subaponeurótica.
	<input type="checkbox"/> Cefalohematoma.
	<input type="checkbox"/> Fractura de cráneo.
2.-TRAUMATISMOS DE NERVIOS.	<input type="checkbox"/> Traumatismo de pares craneales.
	<input type="checkbox"/> Lesión del plexo braquial.
	<input type="checkbox"/> Lesión de los nervios periféricos.
	<input type="checkbox"/> Traumatismo de la médula espinal.
3.- INFECCIONES	<input type="checkbox"/> Meningitis.
	<input type="checkbox"/> Piodermitis.
	<input type="checkbox"/> Conjuntivitis.
	<input type="checkbox"/> Onfalitis
	<input type="checkbox"/> Neumonía
	<input type="checkbox"/> Sepsis
	<input type="checkbox"/> Otra patología.....

ANEXO: N°02

FUNDAMENTOS DE LA PRUEBA CHI - CUADRADO

Para medir la relación entre dos variables cualitativas, se utiliza las tablas de contingencia y la prueba de hipótesis de la Chi – Cuadrado, que consiste en el siguiente procedimiento:

1.- Los datos, en este caso recabados vía cuestionario, considerándose que la muestra disponible para el análisis es equivalente a una muestra aleatoria extraída de la población de interés.

2.- Hipótesis:

H_0 : La Edad y las Complicaciones en el Expulsivo son independientes.

H_1 : Las dos variables no son independientes. (Es decir, están asociadas)

La independencia indica que las variables en estudio no están asociadas, esto, es lo que está contenido en la Hipótesis Nula (H_0), mientras que la Hipótesis de Investigación (H_1) postula a la existencia de asociación entre las variables.

3.- Prueba Estadística:

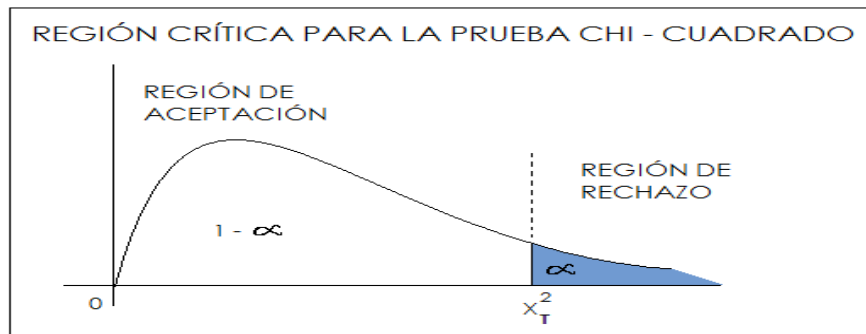
$$X_C^2 = \sum \left[\frac{(O-E)^2}{E} \right]$$

Cuando H_0 es verdadera, X^2 sigue aproximadamente una Distribución Chi – Cuadrada con (Columnas – 1) x (filas – 1) grados de libertad. X_C^2 Es calculada con los datos obtenidos en el Proyecto de Investigación.

4.- Nivel de Significación:

α , es la probabilidad de cometer el Error de Tipo I, en el presente estudio es el 5% y es fijado por el investigador, que nos determina el valor Chi –Cuadrado Tabular: X^2_T , que es obtenida de la tabla estadística de probabilidades de la Distribución Chi - Cuadrada.

5.- Región Crítica:



El valor Chi –Cuadrado Tabular: X^2_T , determina las regiones de Aceptación y Rechazo de la Hipótesis Nula (H_0).

6.- Regla de Decisión:

Se determina comparando el valor Chi –Cuadrado Tabular: X^2_T con el valor de la Estadística Calculada: X^2_C .

Si $X^2_C > X^2_T$, entonces se rechaza H_0 , siendo la prueba significativa y se determina la existencia de relación entre las variables.

ANEXO: N° 03

El trabajo de investigación se realizó mediante el estudio de las dimensiones de las características socio demográficas de la Autora: Tula Ruth Muñoz, Residente de 1° Año Medicina General, Hospital Nicolás Avellaneda – Catamarca 2000 San Miguel de Tucumán.

Realizado mediante un proyecto de investigación: “DEPRESION POSTPARTO Y CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN MUJERES QUE CONSULTAN EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE MEDINAS”. Que se realizó en XXVI CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA GENERAL EN EL 2011.

